



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PROTOCOLOS DE ACCIÓN POSTRAUMA DENTAL EN
PACIENTES ESCOLARES DIRIGIDO PARA PADRES DE
FAMILIA 2018.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

IVÁN ISAID CONTRERAS LIZCANO

**TUTORA: C. D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ
SOBERÓN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi familia:

Gracias por acompañarme en cada etapa de mi vida, por nunca dejarme caer, por motivarme a ser mejor cada día. Se que hemos pasados grandes momentos juntos, sin ustedes no sería nada de lo que soy ahora. Agradezco que me hayan ayudado a ser el hombre que soy, gracias por sentirse orgullosos de mí, aunque en ocasiones me haya equivocado. Sin importar nada siempre han caminado a mi lado. Quiero dedicarles este logro, porque también es suyo, sin su apoyo nada de esto hubiera sido realidad.

Estoy muy orgulloso de la familia en la que crecí y por convertirme en un guerrero que ama esforzarse y cumplir sus sueños.

Familia muchas gracias.

También quiero agradecer a mi alma mater, mi amada universidad, mi segunda casa, cada vez que estoy en tus aulas, en tus edificios, en todas tus zonas dedicadas a alumnos, profesores, trabajadores y a todos en general, puedo respirar paz profunda, gracias por brindarme la mejor oportunidad de estudiar una excelente profesión de la cual ahora honraré y pondré en alto tu nombre. Gracias por brindarme a los mejores profesores que me enseñaron a amar mi profesión y amar enseñar a las futuras generaciones, gracias por enseñarme a ser un excelente y futuro profesionista, así como un excelente ser humano.

“Por mi raza, hablará el espíritu”

ÍNDICE

I.INTRODUCCIÓN	4
II.ANTECEDENTES	5
III.MARCO TEÓRICO	6
3.1 Glosario	
3.2 Aspectos relevantes sobre los traumatismos dentales.	
3.3 Clasificación de las lesiones dentarias.	
3.4 Protocolo de acción e intervención del padre de familia.	
IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
V.JUSTIFICACIÓN	25
VI.OBJETIVOS	26
6.1 General	
6.2 Específicos	
VII.METODOLOGÍA	27
7.1 Material y método	
7.2 Tipo de estudio	
7.3 Población de estudio	
7.4 Muestra	
VII. RESULTADOS	31
IX. CONCLUSIONES	38
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
Anexos	

I. INTRODUCCIÓN

Los traumas bucofaciales y dentales se presentan, en algún momento de la infancia (en este caso etapa escolar), así como se hacen presentes los descubrimientos de circunstancias peligrosas donde los niños; sin suficiente madurez psicológica, pasan por situaciones perjudiciales que pueden generar un trauma bucodental. (Accidentes).

Los problemas traumáticos relacionados con la boca y los dientes han sido tratados frecuentemente en la literatura a nivel mundial bajo los más diversos temas como, por ejemplo, etiologías, consecuencias, formas, afección de otros órganos y, no menos importante, bajo los efectos psicológicos que se suceden en los niños y en sus acompañantes o responsables.

Aunque en la actualidad los traumatismos dentales son la segunda causa de demanda de atención dental en niños tras la caries dental, muy posiblemente en un futuro no muy lejano, y tenor de las estadísticas, pase a ser el primer problema dentario.

El traumatismo es doloroso y los niños tienen diferentes formas de demostrar este dolor. En los bebés puede manifestarse como imposibilidad de succión o rechazo al alimento. Cuando el nervio queda expuesto, existe una sensibilidad aumentada al frío, calor y roce de los alimentos. El tratamiento de la lesión mejora los síntomas.

En la mayoría de los casos, los traumatismos pueden producir heridas en la cara y/o labios que deben tratarse correctamente. Además, se deben adoptar las medidas higiénicas pertinentes y prescribir antibióticos y analgésicos, aparte de la recomendación de dieta blanda durante los días posteriores al golpe. Es importante igualmente la observación de la cartilla de vacunación del niño.

II. ANTECEDENTES

Según Baldini y Cols.¹, en el estudio de “alteraciones bucales en bebés” que realizaron en el 2001, las características de la boca de un bebé son únicas y particulares a este período de la vida. La boca, así como todo el resto del cuerpo, está en constante desarrollo.

Entendiendo esto, Correa² en el 2010 en su estudio “odontopediatría en la primera infancia”, afirma que los profesionales que tratan y acompañan a los niños por toda su niñez e infancia, serían privilegiados en detectar primero algún tipo de anomalía. La Odontología en bebés enfatiza la atención precoz y crea un escenario muy favorable a esta detección de situaciones anormales en la cavidad oral del niño. Sin embargo, es necesario que se ofrezca cada vez más este servicio a la población, ya que muchos niños con lesiones dentales no son tratados inmediatamente, lo que puede ocurrir por la falta de acceso a la atención dental.^{3,4}

Asunção y Ferelle⁵ y Oliveira⁶ en 2007, apuntan innumerables consecuencias para las denticiones causadas por los traumatismos. La decoloración coronaria es uno de los tipos de secuela más notadas, incluso por autores como Borum y Andreasen,⁷ Holan y Ram,⁸ Cardoso y Rocha,⁹ y Holan y Fuks.¹⁰ Para Malmgren y Cols.¹¹ la decoloración blanca o amarillo-marrón de corona e hipoplasia de los incisivos permanentes son, no obstante, la secuela más común después de la intrusión y de la avulsión de los dientes deciduos en niños durante las edades de 1-3 años. Estos estudios abarcan desde 1996 hasta el 2012, donde estos autores llegan a una misma conclusión en cuanto a las alteraciones postrauma dental.

A pesar de la aparición de hipoplasia de esmalte en la dentición decidua, debido a la ocurrencia de traumatismo, Chagas y Cols.¹² no identificaron asociación estadísticamente significativa entre esa anomalía y el traumatismo.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Glosario

Dentición temporal (o de leche; decidua): Comienza a los 6 meses y se completa alrededor de los 3 años aproximadamente. Se consideran todos aquellos dientes que de acuerdo al desarrollo del niño se perderán para que los dientes permanentes tomen su lugar

Dentición Mixta: Primera Fase y Segunda Fase. Comienza alrededor de los 6 años y Termina a los 11- 12 años aproximadamente. Se considera así por la existencia de dientes temporales como permanentes.

Diente deciduo: pieza dentaria temporal.

Diente supernumerario: Dientes accesorios, de forma y tamaño variados, que pueden erupcionar o mantenerse retenidos, es decir no ser visibles a la inspección.

Traumatismo: Lesión o daño de los tejidos orgánicos o de los huesos producido por algún tipo de violencia externa, como un golpe, una torcedura u otra circunstancia.

En pocas palabras, un traumatismo es todo aquello que de forma física lastima o daña alguna parte del cuerpo.

Traumatismo dental: Lo podemos definir como toda lesión física que afecta al diente en diferente proporción y localización en el mismo diente.

Erupción dental: La erupción dental es un proceso fisiológico asociado al crecimiento por el cual el diente se desplaza desde su posición original en

el maxilar hasta su posición final en la cavidad bucal. Es decir, de no ser visible a simple vista, hasta ser visible.

3.2 Aspectos relevantes sobre los traumatismos dentales.

Epidemiología

Los traumatismos dentarios son accidentes muy frecuentes entre la población infantil y juvenil, con una prevalencia que varía entre un 10.7 y un 43.8% dependiendo de la edad, el sexo y la población seleccionada, y constituyen una de las experiencias más desagradables para el niño y sus padres. Además, en los últimos años se ha experimentado un incremento considerable, en paralelo con otro tipo de accidentes.

Distribución por sexo y edad

Son más frecuentes en niños que en niñas en una proporción 2:1. El pico de incidencia en dentición temporal abarca de los 2 a los 4 años y en dentición permanente de los 8 a los 10 años.

Localización y tipo de lesión

En la totalidad de los estudios consultados, el diente más afectado en estos traumatismos es el incisivo central superior, seguido del incisivo lateral superior y del incisivo central inferior.

En la dentición temporal las luxaciones son las más frecuentes debido al proceso alveolar más flexible y a la elasticidad del ligamento periodontal, que permite el desplazamiento de los dientes más que su fractura, mientras que las fracturas de las coronas y las avulsiones se dan con mayor frecuencia en la dentición permanente debido a la mayor densidad del hueso alveolar y a la menor proporción corona-raíz.

Etiología

Las caídas al suelo, de escaleras, muros, al correr en el patio, el choque contra objetos, en juegos infantiles, accidentes de bicicletas, automóviles, patines, deportes como el kárate, natación, voleibol, béisbol y boxeo suelen citarse como las causas más frecuentes en de accidentes de los niños y, en consecuencia, de estas fracturas.

Otra de las causas de los traumatismos dentarios es el maltrato infantil, que el pediatra debe detectar junto a otro tipo de lesiones.

Existen factores predisponentes para sufrir un traumatismo dentario, como la inclinación hacia fuera de los incisivos centrales superiores y la falta de cierre de los labios, originada fundamentalmente por hábitos bucales deformantes como chuparse el dedo, uso del chupón, respiración bucal y empuje lingual. Los traumatismos dentarios son un motivo importante de morbilidad dental en los niños. Si bien es cierto que muchos de ellos no pueden prevenirse, se deben conocer las medidas de urgencia en cada caso y aconsejar a los padres el modo de actuación, por lo que se propone una pauta de actuación sencilla frente a otros traumatismos, tanto en dentición temporal, como permanente con fotografías representativas frente a estos traumatismos para ambas denticiones.

En ocasiones estas lesiones aparecerán en un contexto de niño politraumatizado y la evaluación dental deberá ubicarse adecuadamente dentro de la atención al niño con traumatismo general.

3.3 Clasificación de las lesiones dentarias.

Son numerosas las clasificaciones utilizadas en los traumatismos dentales. En la actualidad, la usada con más frecuencia se basa en la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud y modificada posteriormente por Andreasen.

Lesiones de los tejidos dentales

- Infracción coronaria
- Fractura de la corona

Fractura de la corona y raíz

- Complicada
- No complicada

Fractura de la raíz

Lesiones de los tejidos periodontales

- Contusión
- Subluxación
- Luxación
 - Lateral
 - Extrusiva
 - Intrusiva

- Avulsión

Lesiones de la mucosa oral:

- Laceración
- Abrasión

Lesiones óseas o del tejido de sostén:

- Conminución de la cavidad alveolar
- Fractura de la pared alveolar
- Fractura del proceso alveolar
- Fractura de maxilar o mandíbula.

Lesiones de los Tejidos dentales: (Protocolo de actuación)

Infracción Coronaria:

Infracción de esmalte, una fractura incompleta (grieta) del esmalte sin pérdida de sustancia dental, es decir no hay ruptura o separación del esmalte. (fig. 1)¹

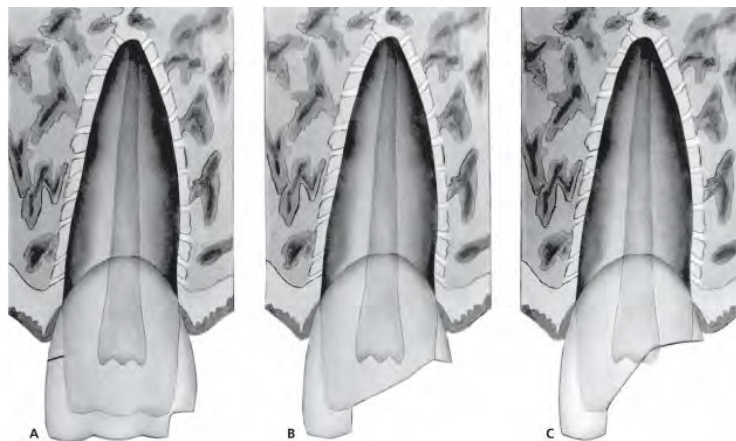


fig. 1 Dibujos esquemáticos ilustrando diferentes tipos de fracturas coronales. A. Infracción y fractura coronales no complicada sin compromiso de la dentina. B. Fractura coronal no complicada con compromiso de la dentina. C. Fractura coronal complicada.¹

Fractura:

Se define como la rotura de un fragmento del diente, que puede ser de distinto grado. Según la extensión de la parte fracturada, afectará al esmalte o al esmalte y la dentina; estas últimas se consideran complicadas cuando afectan al nervio y no complicadas cuando éste no se ve afectado, también se incluye en este rubro si se ve afectada la raíz dental.

Tomando en cuenta en dentición permanente para saber si se puede reimplantar o en el peor de los casos se requiere extraer el diente. (fig. 2)²



fig 2. Fractura de un fragmento de un incisivo central superior temporal.²

Fractura corono-radicular no complicada: cuando afecta a esmalte, dentina o cemento de la raíz, pero sin afectar a la pulpa; o complicada cuando afecta a esmalte, dentina o cemento, pero con afectación pulpar.

Fractura radicular: afecta a cemento, dentina y pulpa.

Tratamiento

En dentición temporal no se debe reconstruir el fragmento roto, bastará con suavizar los bordes de la fractura para que no dañen los tejidos blandos circundantes. Puesto que, puede producirse una serie de secuelas, como el cambio de color desde el amarillo hasta el negro, la movilidad del diente y/o la formación de un flemón, que pueden aparecer inmediatamente tras el traumatismo o mucho tiempo después, Esto se debe advertir a los padres.

En estas ocasiones el tratamiento indicado es la extracción del diente temporal. Los traumatismos en dentición temporal pueden afectar al diente permanente en formación, íntimamente unido al temporal desde el nacimiento. En este caso las secuelas, como cambio de color, adelgazamiento, pérdida del esmalte o posición anómala del diente

permanente o retraso en la erupción, aparecerán en el momento de la erupción del diente permanente (alrededor de los 6-7 años).

En dentición permanente las fracturas deben reconstruirse. Las nuevas resinas compuestas, cuyas cualidades de adhesión han mejorado considerablemente en los últimos años, permiten que esta clase de restauraciones se haga con una perfección y limpieza sin precedentes. Las radiografías indicarán si existe lesión en la raíz dentaria y/o el ligamento. (fig. 3)³



fig. 3. Fractura de un fragmento de un incisivo central superior permanente (a) y reconstrucción del fragmento con resinas compuestas (b).³

Lesiones de los tejidos periodontales

- **Contusión:** Lesión de las estructuras de soporte, sin movilidad ni desplazamiento del diente, pero si el ligamento periodontal está inflamado, existirá dolor a la percusión del diente (al golpearlo).

- **Subluxación:** Aflojamiento del diente, lesión de las estructuras de sostén en las que el diente está flojo, pero no se mueve en el alvéolo.

- **Luxación:** Consiste en el desplazamiento del diente dentro de su propio alveolo, con aumento de su movilidad sin que se produzca su salida. Según la dirección del desplazamiento será intrusiva, extrusiva o lateral.
 1. **Luxación intrusiva:** dislocación central, desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión cursa acompañada de conminición o fractura de la pared alveolar.
 2. **Luxación extrusiva:** desplazamiento parcial de un diente en su alvéolo.
 3. **Luxación lateral:** desplazamiento del diente en una dirección lateral, suele existir fractura del alvéolo.

Tratamiento:

En dentición temporal se debe esperar a la reerupción espontánea del diente. En las luxaciones pueden aparecer las mismas secuelas que en las fracturas dentarias sobre el diente temporal y sobre el permanente, mientras que en dentición permanente se debe fijar el diente luxado a los dientes vecinos para disminuir su movilidad (fig.4) y examinarlo periódicamente mediante radiografías de control. Con posteriormente se puede recolocar mediante fuerzas ortodóncicas si ha quedado desplazado.³



fig. 4 Ferulización de un incisivo central superior permanente luxado a los dientes vecinos.³

- **Avulsión:** Se define como la salida completa del diente de su alveolo con una fractura completa del paquete vasculonervioso.

Tratamiento:

En dentición temporal no se debe reimplantar o recolocar el diente en su alveolo para no dañar el diente definitivo en la maniobra pero, como en ocasiones estos traumatismos ocurren en edades tempranas, en estos casos se debe reponer mediante un mantenedor de espacio el diente o dientes perdidos con el objetivo de que el niño recupere las funciones de fonación, masticación y la estética adecuada a su edad (fig. 5a-c), así como mantener el espacio para la erupción del diente permanente más tarde. En

dentición permanente sí se debe reimplantar, y es crucial el tiempo transcurrido entre el traumatismo y el reimplante, así como el medio de transporte del diente avulsionado. El diente debe transportarse en un recipiente con leche, solución salina, agua e incluso saliva del traumatizado.

Lo ideal es reimplantarlo inmediatamente en su alveolo en un plazo de 30 min, ya que la exposición al aire seca las fibras del ligamento alveolodental y de la pulpa o nervio; de ahí que haya que introducirlo en un medio fisiológico húmedo adaptado. Incluso 2 o 3 horas después del accidente, la reimplantación puede continuar siendo útil si el diente ha estado bien conservado, aunque el pronóstico siempre será menos favorable.⁴



fig. 5 Avulsión de un incisivo central superior temporal (a), reposición del diente avulsionado con prótesis colocada en la boca (b) y prótesis especial para niños que repone el diente avulsionado (c).⁴

Lesiones de la mucosa oral:

- **Laceración:** Es una herida producida por desgarramiento y cuyo origen suele ser un objeto agudo o punzante. (fig. 6)⁴



fig. 6 Laceración en encía marginal acompañada con una contusión y una luxación extrusiva.⁴

- **Abrasión:** Herida superficial por desgarramiento de la mucosa que deja la superficie sangrante y áspera. (fig. 7)⁴



fig.7 Abrasión en margen gingival.⁴

Lesiones óseas o del tejido de sostén:

- **Conminución de la cavidad alveolar:** Frecuentemente se presenta junto a una luxación lateral o intrusiva.

- **Fractura de la pared alveolar:** Se limita a las paredes vestibular o lingual. (fig. 8)⁵



fig. 8 Fractura de la pared vestibular en incisivo central superior.⁵

- **Fractura del proceso alveolar:** Puede afectar a la cavidad alveolar. (fig. 9)⁵



fig. 9. Fractura del proceso alveolar.⁵

- **Fractura de maxilar o mandíbula.** (fig. 10)⁵



fig.10 Tomografía en 3D, se aprecia fractura mandibular del lado derecho.⁵

Puntos Clave:

- El pediatra es a menudo el primer especialista en atender los traumatismos dentarios, por lo que debe conocer el protocolo de actuación frente a ellos tanto en dentición temporal como permanente.
- Todas las lesiones traumáticas, ya sean en dentición temporal o permanente, son importantes por lo que se debe hacer un correcto diagnóstico y seguimiento tanto clínico como radiográfico.
- Los traumatismos en dentición temporal pueden afectar al diente permanente en formación; en este caso las secuelas aparecen en el momento de la erupción del diente permanente.
- Los dientes permanentes avulsionados o que salen completamente de su alveolo se deben reimplantar lo antes posible, y es crucial el tiempo transcurrido entre el traumatismo y el reimplante, así como el medio de transporte del diente avulsionado.
- El diente permanente avulsionado debe transportarse en un recipiente con leche, solución salina, agua e incluso saliva del traumatizado; nunca se debe limpiar, frotar o secar.

3.4 Protocolo de acción e intervención del padre de familia.

Traumatismos en dentición temporal o dientes de leche.

¿Qué hacer?

El objetivo del tratamiento en los traumatismos de dientes temporales es preservar el normal desarrollo del diente permanente. Por lo tanto, el seguimiento del tratamiento del diente temporal traumatizado es de gran importancia para evitar daños adicionales en el germen del permanente.

Pueden existir complicaciones a corto, medio o a largo plazo. Por esto habrá que hacer un seguimiento continuo del diente traumatizado para poder subsanar las complicaciones en el momento en que se presenten. El seguimiento mencionado, que puede extenderse durante un periodo de hasta 10 años, permitirá detectar tempranamente la patología (causa del daño principal), si se presenta. Deberá extenderse durante todo el tiempo que esté presente en boca el diente de leche, incluso, puede ocurrir que haya que extraerlo por no caer de forma natural.

Dentición permanente. ¿Cuándo acudir al dentista?

Avulsión dentaria (verdadera urgencia)

En el caso de una avulsión, el diente estará fuera del alveolo. El mejor pronóstico se produce cuando la terapia se hace entre los primeros 30-60 minutos del arrancamiento del diente. El éxito de la reimplantación del diente extraído depende mucho del tiempo que está fuera del alveolo (dentro de boca o de su sitio original). La posibilidad de que el diente vuelva a quedar adherido, dentro del alveolo dentario, depende de la viabilidad del ligamento periodontal (salud de encía y hueso) y el tratamiento inmediato se apoya en este principio.

El diente puede ser reimplantado por alguien capaz (padre, entrenador, pediatra, etc.). El procedimiento para la reimplantación del diente es el siguiente:

1. Encontrar el diente.
2. Determinar si el diente es primario, de leche, según la edad del niño. Los dientes de leche no se reimplantan, porque puede tener efectos negativos en el diente definitivo.

Para ello se debe conocer la cronología de la dentición permanente, la cual comienza:

Con la erupción de los primeros molares hacia los seis años, por esto se denominan los molares de los seis años. Generalmente, primero erupciona el primer molar inferior, seguido del primer molar superior.

- 6-7 años, incisivo central inferior.
- 7-8 años, incisivo central superior y lateral inferior.
- 8-9 años, incisivo lateral superior.
- 9-10 años canino inferior.
- 10-11 años, primer premolar superior.
- 10-11 años, segundo premolar superior y primer premolar inferior.
- 11-12 años, segundo premolar superior y canino superior.
- 12-13 años, segundo molar superior, que se llama molar de los doce años.

Los terceros molares surgen hacia los diecisiete años en las personas en las que emergen, aunque pueden aparecer a edades muy superiores. (fig. 11).

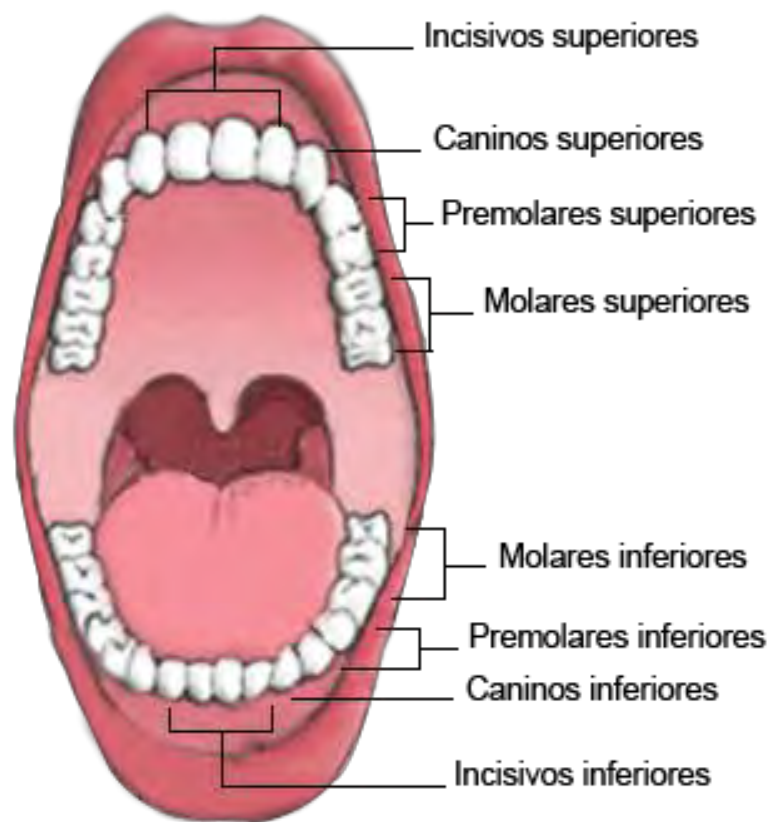


fig. 11 Esquema donde se ubica la posición de cada pieza dental según su nombre.

3. Si es permanente se aclarará el diente SIN FROTAR con agua o suero salino, sosteniendo el diente por la corona, nunca por la raíz.

4. Se insertará el diente en el alveolo en su posición normal (no preocuparse si protruye un poco, es decir si choca con otro diente).

5. Si la reimplantación se hace fuera de un servicio médico se acudirá, después, rápidamente a un centro especializado o a Urgencias (su odontopediatra de confianza).

6. Cuando no se puede hacer la reimplantación inmediata, se puede llevar el diente en productos comerciales especialmente preparados para preservar el ligamento periodontal (el tejido que está aún adherido a la raíz del diente).

Por ello, una buena alternativa para el transporte es la leche, ya que sus propiedades son ideales para el mantenimiento de la viabilidad del ligamento periodontal. Incluso colocarlo debajo de la lengua permite su conservación, en dado caso de no tener leche de forma inmediata.

Con este sencillo protocolo se puede intervenir y ser de mucha ayuda para el odontólogo, es importante el manejo adecuado de la conducta del niño, puesto que ante este tipo de situaciones los niños afectados suelen estar en un estado emocional vulnerable y poco favorable para el manejo de su conducta.

Asegurado su control y estabilizar el impacto del accidente permitirá su manejo y así asegurar que la tasa de éxito de cualquier futuro tratamiento será mayor. (fig. 12)



fig. 12 El manejo adecuado de la conducta y estabilidad emocional en el accidente es un factor que influye directamente en el éxito de algún tratamiento futuro en la situación de urgencia.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La segunda causa de mayor frecuencia de vistas al odontólogo de práctica general o con el odontopediatra, son los traumatismos dentales, por lo general este tipo de situaciones se presentan en niños en un rango de edad entre 5 a 13 años, es decir niños en etapa escolar.

Ante esta situación todo padre de familia busca las mejores opciones para atender a sus hijos. Tomando en cuenta esto, pocos padres de familia son los que están capacitados o informados a cerca de las acciones que ellos mismos pueden realizar para favorecer el éxito en el tratamiento de estos mismos.

Por esto surge las siguientes preguntas, ¿realmente el padre de familia comprende lo que el odontólogo le explica en la consulta?, ¿se les brinda la información adecuada a los padres de familia para capacitarlos ante los traumatismos dentales? Y ¿qué tan familiarizados están con el vocabulario empleado en la descripción del tratamiento?

A lo largo de diversos estudios y el trato con pacientes pediátricos, los padres de familia tienen muchas dudas sobre la terminología empleada en la consulta y en el diagnóstico de los diversos padecimientos, desconocen las medidas preventivas y/o de acción ante los accidentes y traumatismos dentales que llegan a sufrir sus hijos.

Muchos de ellos desconocen del tema por falta de interés o porque son temas de difícil comprensión por el vocabulario empleado en las diversas fuentes de información o el mismo profesional de la salud asume que ellos serán capaces de comprender con total claridad estos temas.

V. JUSTIFICACIÓN

El traumatismo accidental de los dientes es quizá uno de los accidentes más dramáticos que le suceden a un individuo y su frecuencia en la clínica odontológica es cada día mayor. En odontopediatría es aún más evidente, puesto que la incidencia de lesiones dentarias precisamente es mayor en la niñez y en la adolescencia.

Un diagnóstico correcto y una adecuada actitud terapéutica puede resolver definitivamente un caso o agravarlo, no sólo desde el punto de vista de la viabilidad del diente en la cavidad bucal, sino también por la importante repercusión psicológica que la sonrisa tiene en el individuo.

El tratamiento puede ser múltiple, desde eliminar el dolor protegiendo la pulpa (nervio) de los dientes, recolocación de los dientes avulsionados (se han salido del hueso que los sostiene), hasta distintas modalidades de tratamiento pulpar.

Por esta razón en este trabajo se recopila información útil y sencilla para su entendimiento, describiendo cada protocolo de acción ante los diversos traumatismos dentales, con un vocabulario de fácil comprensión dedicado especialmente para todos los padres de familia y así sean capaces de actuar de forma informada y asertiva ante los traumatismos dentales.

VI. OBJETIVOS

6.1 General

Determinar si los padres de familia comprenden los protocolos de acción postrauma dental.

6.2 Específicos

- Determinar si la edad de los niños influye en el conocimiento de los protocolos de acción postrauma dental.
- Determinar si el sexo de los padres influye en la falta de conocimiento en los protocolos de acción postrauma dental.
- Determinar si la escolaridad de los padres influye en la falta de conocimiento en los protocolos de acción postrauma dental.

VII. METODOLOGÍA

7.1 Material y método

Se realizó una encuesta tipo Lickert, que describe como una escala psicométrica utilizada principalmente en la investigación de mercados para la comprensión de las opiniones y actitudes de un consumidor hacia una marca, producto o meta. Nos sirve principalmente para realizar mediciones y conocer sobre el grado de conformidad de una persona o encuestado hacia determinada oración afirmativa o negativa. En este caso permitirá evaluar la actitud y manejo de información que tiene el padre de familia acerca de la boca del niño ante los traumatismos dentales.

La encuesta se aplica al principio, sin información previa, para permitir evaluar el conocimiento real que tiene cada padre de familia antes de recibir la información en una presentación especialmente elaborada para ellos. (Fig. 13)



Fig. 13 Primer aplicación de la encuesta a los padres de familia a cerca de los traumatismos dentales. Fuente directa.

Posteriormente en la presentación del tema, en la cual se le brindará información útil y necesaria, donde se le explica a los padres de familia conceptos básicos para la consulta con el profesionalista, los cuales le

permitirán entender de mejor forma al momento del diagnóstico y al momento de realizar el tratamiento. (Fig. 14)

También la presentación abarca la clasificación de los diferentes traumatismos dentales, así como la definición de cada uno y su protocolo de acción correspondiente, en este caso se explica lo que el padre de familia puede intervenir en el momento del accidente y unos instantes antes de llegar a la consulta con el odontólogo.



Fig. 14 Inicio de la presentación para los padres de familia. Fuente directa.

Al término de la presentación se entregó la misma encuesta a los padres de familia para determinar si ellos se habían apropiado del conocimiento de la presentación.



Fig. 15 Aplicación de la segunda encuesta a los padres de familia, posterior a la presentación del tema. Fuente directa.

Los recursos empleados para esto fueron los siguientes:

- Recursos Financieros: Sustentados por el tesista.
- Recursos humanos: Tutora, tesista, grupo de 30 padres de familia miembros de la escuela Fundación Christel House de México.
- Recursos materiales: presentación digital sobre protocolos de acción postrauma dental, modificada especialmente para los padres de familia, proyector, computadora.

Cada diapositiva en la presentación fue elaborada específicamente con vocabulario apropiado para la mayor comprensión de los padres de familia, se resolvieron todo tipo de preguntas durante la presentación, permitiendo que los pares de familia realmente aclararan todas sus dudas y permitir que el conocimiento adquirido sea más sencillo de comprender. (Fig. 16).



Fig. 16 Exposición a padres de familia con hijos en etapa escolar, explicación sobre traumatismos dentales y su protocolo de acción. Fuente directa

7.2 Tipo de estudio

Es un estudio de intervención, puesto que se necesita la interacción directa con una población de padres de familia, donde se pretende impactar en el conocimiento de los padres, para una mejor orientación ante los traumatismos dentales.

7.3 Población de estudio

Se estudia una población de padres de familia que tienen hijos en etapa escolar, la cual abarca niños entre los 6 a 13 años.

7.4 Muestra

30 adnes de familia que tienen de uno a más hijos en etapa escolar.

VIII. RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron al realizar la primera encuesta antes de brindar información a los padres de familia es la siguiente (tomando en cuenta que la encuesta tiene un puntaje total de 36 puntos como máximo, 12 puntos como mínimo y una media 24 puntos): (Fig. 17)

Encuesta 1			
Puntaje	Sexo	Escolaridad	Edad hijo mayor
26	F	P	9
22	F	S	14
21	F	P	6
22	F	B	12
22	F	P	6
18	F	P	8
20	F	P	9
18	F	P	13
5	M	P	7
21	M	P	6
20	M	P	6
22	M	P	6
21	F	P	6
17	F	P	6
23	M	P	6
25	F	P	6
22	F	P	6
26	M	P	14
25	F	P	14
24	F	P	6
28	F	P	6
26	M	P	8
22	M	P	8
20	M	P	5
22	M	P	6
26	M	P	8
23	F	P	15
20	F	P	12
14	M	P	8
21	M	P	6
Promedio General	21		
Promedio Mujeres	22		
Promedio Hombre	20		

Fig. 17 Tabla donde se muestran los resultados de promedio del puntaje obtenido por los padres de familia, indicando su promedio por sexo, describe la escolaridad de cada padre y la edad del hijo mayor. Fuente directa.

Tomando en cuenta los puntos que se obtuvieron en general de los 30 padres de familia es de 21. Tomando en cuenta que el puntaje más alto que se podía obtener en la encuesta es de 36 y el mínimo de 12, los 21 puntos que en promedio obtuvieron los 30 padres familia no se acercan al resultado ideal, tienen conocimiento previo, pero no el necesario para solucionar una situación de traumatismo dental.

El promedio que se obtuvo contando sólo a las mujeres fue de 22 puntos, pero al compararlo con los hombres, ellos obtuvieron 20 puntos en promedio, son promedios similares aun separándolos por sexo.

Se puede descartar que el sexo no es un factor determinante para la falta de conocimiento sobre los traumatismos dentales. (Fig. 18)

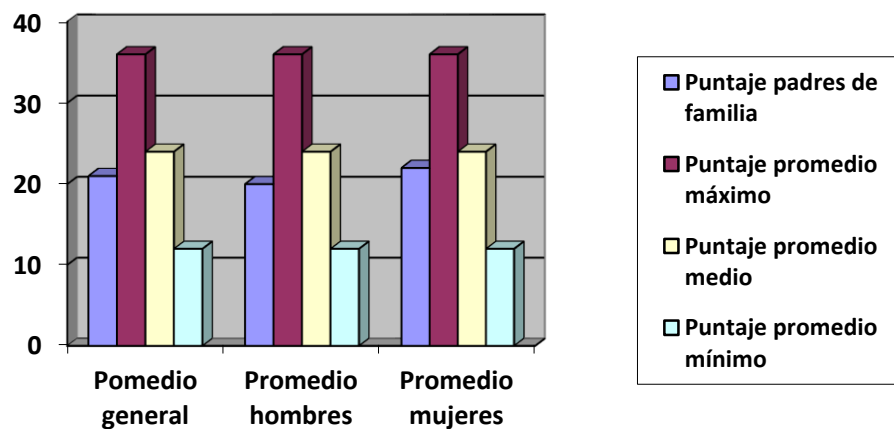


Fig. 18 Gráfica de barras que compara el promedio general obtenido por el grupo de 30 padres de familia y el promedio que se obtuvo por sexo de acuerdo con el puntaje máximo posible, el puntaje medio y el puntaje mínimo de la encuesta. Fuente directa.

Comparando al grupo de padres de familia las mujeres corresponden al 53% y los hombres al 47%. (Fig. 19)



Fig. 19 Gráfica de pastel comparando el porcentaje de la población participante en el estudio.
Fuente directa.

En la segunda etapa, posterior a la presentación del tema se arrojó los siguientes resultados expresados en la tabla: (Fig. 20)

Encuesta 2			
Puntaje	Sexo	Escolaridad	Edad hijo mayor
28	F	P	9
29	F	S	14
24	F	P	6
28	F	B	12
22	F	P	6
29	F	P	8
27	F	P	9
30	F	P	13
32	M	P	7
26	M	P	6
22	M	P	6
20	M	P	6
26	F	P	6
26	F	P	6
24	M	P	6
27	F	P	6
28	F	P	6
28	M	P	14
27	F	P	14
27	F	P	6
30	F	P	6
26	M	P	8
29	M	P	8
24	M	P	5
24	M	P	6
28	M	P	8
24	F	P	15
30	F	P	12
20	M	P	8
28	M	P	6
Promedio General	27		
Promedio Mujeres	27		
Promedio Hombre	26		

Fig. 19 Tabla de resultados de la segunda encuesta, posterior a la presentación. Fuente directa.

Al observar los promedios obtenidos posteriores a la presentación, se puede notar un cambio en los números, en los tres casos tanto el promedio general de puntos obtenidos por los treinta padres y los puntos obtenidos por sexo. (Fig. 21)

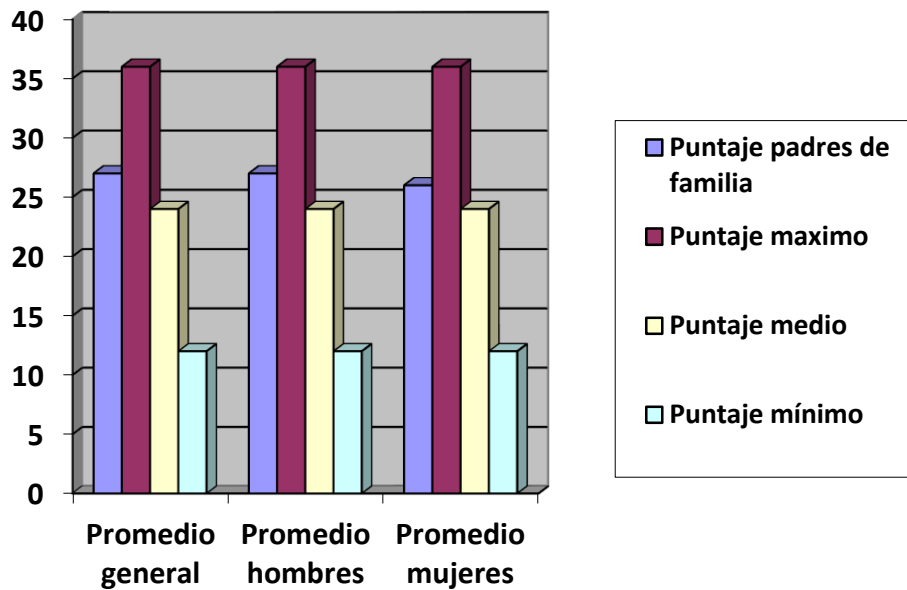


Fig. 21 Gráfica de comparación de los puntajes obtenidos en la segunda encuesta posterior a la presentación del tema. Fuente directa.

En esta tabla se notó que las mujeres se apropiaron con mayor facilidad del conocimiento, teniendo un mejor promedio de puntos en la segunda encuesta.

Se tomó en cuenta si la escolaridad de los padres de familia es un factor influyente en la falta de conocimiento del tema, la siguiente tabla permite visualizar esta incógnita. (Fig. 22)

Escolaridad padre de familia	Promedio general 1er encuesta (puntaje)	Promedio general 2da encuesta (puntaje)
Primaria	21	26
Secundaria	22	29
Bachillerato	22	28

Fig. 22 Tabla con promedios de los puntajes obtenidos según la escolaridad de los padres de familia. Fuente directa.

Es evidente que no existe mucha diferencia en este aspecto, todos antes de escuchar la presentación tenían un conocimiento previo, el cual al evaluarlo con la encuesta su puntaje fue menor al ideal, pero al recibir la presentación del tema mejoraron considerablemente.

Aunque se puede apreciar que aquellos que tienen un nivel mayor de escolaridad se apropiaron con mayor facilidad del conocimiento. (Fig. 23)

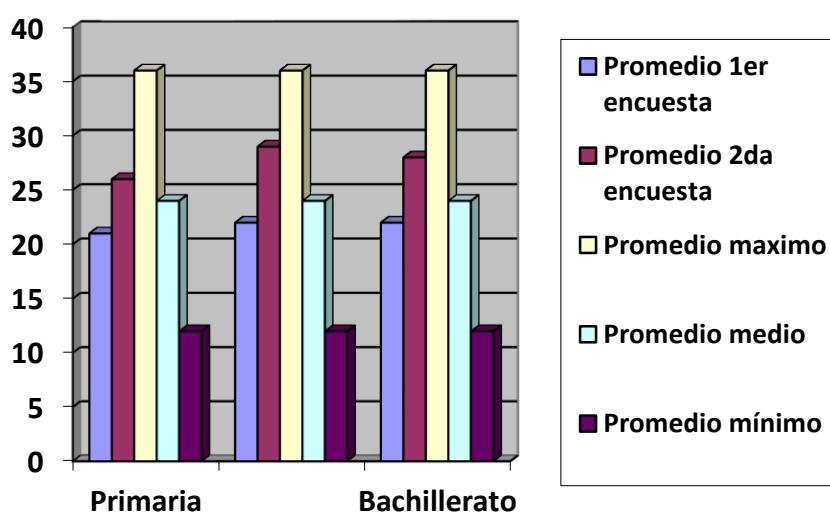


Fig. 23 Gráfica comparativa entre el puntaje promedio establecido en la encuesta y el puntaje promedio obtenido en la primera y segunda encuesta de acuerdo con la escolaridad de los padres de familia. Fuente directa.

También se evaluó si la edad de los hijos influye en el conocimiento del tema, puesto que en ocasiones al tener de dos a más hijos se puede tener mayor conocimiento de acuerdo con experiencias previas con hijos mayores.

Se tomó en cuenta el dato que aportaron con la edad del hijo mayor en casa. (Fig. 23)

Edad del hijo mayor (años)	Promedio general 1er encuesta (puntaje)	Promedio general 2da encuesta (puntaje)
5	20	24
6	24	33
7	12	32
8	21	28
9	23	28
12	21	29
13	18	30
14	24	28
15	23	24

Fig. 23 Tabla de comparación de los de los puntajes de ambas encuestas de acuerdo a la edad de los hijos mayores en casa de cada uno de los padres de familia encuestados. Fuente directa.

De acuerdo con los resultados, este factor es influyente en cuanto la necesidad de prestar mayor atención, los padres con hijos entre 6 a 7 años reflejaron un mayor puntaje promedio en la segunda encuesta, demostrando que estuvieron más atentos y asimilaron mejor la información.

IX. CONCLUSIONES

Previo a la información proporcionada, los padres de familia reflejaron falta de conocimiento sobre el tema, lo cual es lógico, a pesar de ser un tema que es cotidiano en la etapa escolar de los niños, no se brinda información adecuada para la comprensión de los padres.

Al observar los resultados en cada factor evaluado a través de la encuesta y ver cada promedio de los puntajes de forma aislada, se concluye que las mujeres tienen mayor conocimiento previo sobre la salud bucodental de sus hijos y también se apropiaron con mayor facilidad del conocimiento, el sexo si es un factor determinante en el conocimiento y manejo de las situaciones que impliquen el cuidado de la salud de sus hijos.

En cuanto al factor de la escolaridad de los padres de familia, se llegó a la conclusión que es un factor determinante, de acuerdo con los resultados aquellos con escolaridad secundaria y bachillerato demostraron un mayor puntaje promedio en la primera encuesta que aquellos de escolaridad primaria y también reflejaron mayor comprensión del tema, puesto que en la segunda encuesta también reflejaron un mayor puntaje promedio.

Por esto es de vital importancia mantener informados y preparados a los padres de familia, como profesional de la salud se tiene la responsabilidad de transmitir este conocimiento.

Acudiendo a dar pláticas a escuelas primarias, impartiendo sesiones en el consultorio, para así brindar información adecuada a para los padres, elaborando material didáctico y escrito (folletos, trípticos, etc.) y mantenerlos al tanto de cada protocolo de acción que ellos pueden poner en práctica en caso de que se les presente con alguno de sus hijos.

La prevención como la información es la mejor herramienta para tener mejores resultados.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Assed BSL. Tratado de Odontopediatría. Bogotá: AMOLCA; 2008.
- 2.- Barbería E. Odontopediatría. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
- 3.- Barbería E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Madrid: Ripano; 2005.
- 4.- Boj, J.R., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza A. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven Ripano, Barcelona; 2011.
- 5.- Escobar F. Odontología pediátrica. 2ª ed. Caracas: AMOLCA; 2004.
- 6.- Hirose M, Ortega H, Hernández B, Mondragón A, Vera D, Vera R. Guía para la Elaboración de la Historia Clínica de Odontopediatría. México: Facultad de Odontología, UNAM; 2008

Complementaria:

- 1.-British Dental Journal.
- 2.-LópezJordi MC. Manual de Odontopediatría. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
- 3.-Journal of Dentistry for Children.
- 4.-Journal ofPediatric Dentistry.
- 5.- Página de la AmericanAssociation of PediatricDentistry:
<http://www.aapd.org>